PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę **odbitek**, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują w **Krakowie** Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w **Warszawie** księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. 4 1/2 marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Rok LVI. Kraków, 29. grudnia 1917. Nr 52.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Ze szpitala krajowego lwowskiego.

O wpływie odmy opłucnej sztucznej na serce

(praca doświadczalna)

podali

Dr Bronisław Sabat

b. kierownik instytutu rentgenologicznego szpitala krajowego we Lwowie

i

Dr Zdzisław Szczepański

b. elew kliniki lekarskiej i sekundaryusz oddziału chorób wewnętrznych I. (Prof. J. Wiczkowski).

(Według wykładu, wygłoszonego przez Dr Z. Szczepańskiego na II Zjeździe internistów polskich we Lwowie).

Wśród skutków, jakie sztuczna odma opłucna wywiera na narządy, zawarte w klatce piersiowej, głównie zwracają autorzy, rzecz naturalna, uwagę na płuca, mniej na serce. Prześwietlając często naszych chorych, leczonych sztuczną odmą, zdawało się nam nieraz, że po dłuższem leczeniu wymiary serca się zwiększają, co zachęciło nas do przerobienia doświadczeń ze sztuczną odmą na psach. — Ze stanowiska teoretycznego sprawa się tak przedstawia. Dowiedziono, że wszystko, co wymianę gazu w płucach stale utrudnia, przedstawia większą pracę dla prawego serca i wiedzie do przerostu prawej komory. Tu należą garby (kyphoscoliosis), zrosty opłucne, rozedma płuc, przewlekły wysięk opłucny, przewlekłe zapalenie oskrzeli. Przerost prawej komory możemy sobie tu wytłómaczyć w sposób następujący: Klatka piersiowa niepodatna przy zrostach opłucnych i garbach, taksamo płuca niepodatne przy rozedmie, nie dozwalają, by płuco dostatecznie kurczyło się i w ten sposób krew przepychało. Płyn w opłucnej przeszkadza płucu rozszerzać się w miarę rozszerzania się klatki piersiowej przy wdechu. Nareszcie przy zmianach nieżytowych w oskrzelach powietrze nie może należycie krążyć przez zwężone oskrzela. Następstwem tych wszystkich schorzeń jest zła wentylacya płuc. Ta zła wentylacya, przez dłuższy czas się utrzymująca, musi wywołać, według Cohnheima, Traubego i innych, wzmożone ciśnienie w naczyniach płucnych, co się następowo odbija na sercu. Równocześnie przy tych schorzeniach zmniejsza się i ciśnienie śródpiersiowe przy wdechu, a zatem i ciśnienie na przebiegające naczynia w śródpiersiu z jednej strony, jako też i ciśnienie na naczynia włosowate płuc i całego ciała z drugiej strony. A zatem działanie ssące i tłoczące płuc na obieg krwi zmniejsza się; komora prawa musi zatem więcej pracować.

Co się dzieje przy odmie zamkniętej, jaką jest i nasza odma sztuczna, stosowana w celach leczniczych? — Skutkiem ucisku na jedno płuco zmniejsza się w płucach łożysko krwi, przepływającej przez nie. Znane doświadczenia Lichtheima, ucznia Cohnheima, jeszcze 1876 r. wykazały, że jeżeli połowa naczyń w płucach zostanie pozbawiona krwi, to ciśnienie w tętnicy płucnej albo wcale się nie zwiększy, lub tylko bardzo nieznacznie. Tłomaczy się to wielką zdolnością rozszerzania się naczyń płucnych. To rozszerzenie należy odnieść do zwiększonej pracy komory prawej, ponieważ działanie nerwów naczynioruchowych naczyń płucnych nie zostało dotychczas niezbicie stwierdzone. Jeżeli więcej naczyń płucnych, niż połowa, zostanie zaciśnięta, wtedy przychodzi do znacznego podniesienia się ciśnienia; a jeżeli $^4/_5$ naczyń płucnych zostanie zamknięte, serce już nie może pracy swojej podołać. Ponieważ przy sztucznej odmie uciskamy tylko jedno płuco, zatem do zmian w sercu przyjść nie powinno. I rzeczywiście w przeważnej części protokołów sekcyjnych zmarłych, a leczonych sztuczną odmą, nie ma wzmianki o przeroście serca. Jednak ogłoszono kilka sekcyi (między innemi Carlström), gdzie stwierdzono przerost i znaczne rozszerzenie komory prawej. Oskar Bruns w doskonałej pracy, wykonanej na zwierzętach, królikach, psach i kozach, które do pięciu miesięcy utrzymywał w ciągłej odmie opłucnej, stwierdził ważeniem nieznaczny przerost komory prawej.

Myśmy obrali nieco inną metodę, mianowicie badanie serca metodą rentgenowską, jużto prześwietlania, jużto rentgenografii. — Prześwietlaniem posługiwaliśmy się w celu śledzenia stosunków odmy opłucnej, jakoto stopnia ucisku płuca, szybkości wchłaniania się gazu, przesunięcia serca i śródpiersia, wpływu odmy na działanie serca, przez śledzenie objawów tętnienia poszczególnych części serca, wielkości amplitud i zachowania się przedsionków. W celu wykazania wpływu odmy opłucnej na serce i śledzenia już za życia zmian w wielkości serca, przerostu lub rozszerzenia, posługiwaliśmy się telerentgenografią, która to metoda, podana przez Köhlera, ogólnie została uznana za jedną z dobrych metod, umożliwiających już za życia stwierdzenie wielkości serca. Jeżeli fotografujemy z odległości dwóch metrów, rozumiemy przez to odległość antykatody od płyty; kąt, jaki tworzą promienie, rysujące krawędzie serca, jest tak mały, że promienie padają prawie równolegle, a obraz serca odpowiada naturalnej wielkości serca.

Robiliśmy nasze doświadczenia na psach, ustawiając zwierzęta w pozycyi stojącej na tylnych łapach; prześwietlanie to w kierunku grzbietowo-brzusznym daje obraz klatki piersiowej, zupełnie analogiczny do obrazów klatki piersiowej człowieka. Wymiary serca na rentgenogramie można z całą ścisłością zmierzyć. W naszych doświadczeniach używaliśmy psów dlatego, ponieważ pies ma znacznie większe serce w porównaniu z królikiem. Po drugie, pies ma śródpiersie nadzwyczaj cienkie i podatne, tak że gaz, wdmuchnięty po jednej stronie, przepycha śródpiersie na drugą stronę i przepiera je aż do przeciwnej ściany klatki piersiowej. Przez to gaz uciska na oba płuca. Komunikacyi pomiędzy jedną jamą opłucną a drugą nie można było na sekcyi stwierdzić; a także ułożenie opłucnej przy sekcyi już przemawiało na pierwszy rzut oka przeciwko łączności obu jam.

Jasnem jest, co i Bruns udowodnił, że gaz, wdmuchnięty po jednej stronie, wpływa na ciśnienie w całej klatce piersiowej, czyli że jest obojętnem, czy wdmuchujemy gaz po jednej tylko stronie w ilości 400 cm³, czy po każdej stronie po 200 cm³. A zatem jednostronne wdmuchnięcie wywołuje niedodmę obu płuc, w każdym razie niezupełną, a pies głębokimi wdechami stara się wynagrodzić ubytek. Przez uciśnienie zatem częściowe obu płuc chcieliśmy wywrzeć tem większe działanie na serce; o płuca bowiem nam nie chodziło. Przed pierwszem wdmuchnięciem robiliśmy rentgenogramy, a serce dokładnie mierzyliśmy. Do doświadczeń użyliśmy czterech psów. Po oczyszczeniu skóry, igłą Saugmanowską z mandryną przebijaliśmy skórę; manometr wykazywał natychmiast duże wahanie. Z przyrządu Brauerowskiego, którym się posługiwaliśmy, wpuszczaliśmy średnio 600 cm³ gazu. Dopełnialiśmy odmę początkowo częściej, później co 2 tygodnie. Psy znosiły zabieg dobrze; początkowo tylko była duszność, czasem wymioty. Ciśnienie wynosiło średnio 4 mm. słupa rtęci. Staraliśmy się zawsze doprowadzić do ciśnienia dodatniego, co nam się też stale udawało. Co pewien czas robiliśmy telerentgenogramy.

U wszystkich psów na obrazach rentgenowskich oba płuca były uciśnięte częściowo, czego nie umieliśmy sobie początkowo wytłomaczyć. Przypuszczaliśmy, że obie jamy opłucne mają jakąś łączność. Dopiero po sekcyi psów wyjaśniło się, dlaczego taki a nie inny mamy obraz rentgenowski. Polega to na wiotkości śródpiersia, o której powyżej wspominaliśmy.

Serce widzieliśmy stale przesunięte, zależnie od strony, po której robiliśmy odmę. Osobliwie znaczne przesunięcie było na prawo przy odmie lewostronnej. Raz widzieliśmy tuż po wdmuchnięciu bardzo wybitne trzepotanie przedsionka prawego. Tętno stale ulegało przyspieszeniu, średnio o 15 uderzeń więcej na minutę. Wśród doświadczeń zginęły dwa psy, i to oba w 10. tygodniu po pierwszej insuflacyi. Jeden pies zginął natychmiast po wdmuchnięciu 600 cm³, którą to ilość znosił przedtem dobrze; drugi w pół godziny po zabiegu, również nagle. U obu sekcya nie zdołała wykazać bezpośredniej przyczyny śmierci (zator wykluczono). Należy przyjąć, że przyczyną śmierci było porażenie serca.

Badania histologiczne serc tych psów nie wykazały zmian widocznych; badania co do zmian tłuszczowych dały wynik ujemny. W płucach stwierdzono mniejszą powietrzność, zgrubienie gdzieniegdzie opłucnej i zgrubienie łącznotkankowe, dość obficie komórkowe w okolicy niektórych naczyń i oskrzeli. Dość silne przekrwienie płuc. Badania anatomo-histologiczne wykonał prof. W. Nowicki, któremu na tem miejscu składam serdeczne podziękowanie. Telerentgenografia, po której najwięcej spodziewaliśmy się, wykazała, co następuje: Wymiary serca tuż po insuflacyi u wszystkich psów, z wyjątkiem jednego, mniejsze; przy końcu zaś tylko u jednego psa wymiar serca się zwiększył z 54 mm. na 60 mm. Zresztą były te wymiary mniejsze, aniżeli z początku. Pozorne to zmniejszenie wymiarów serca musimy odnieść do zmiany jego położenia, tj. skrętu około naczyń głównych. — Doświadczenia zatem wykazały zwiększenie się wymiarów tylko u jednego psa, u innych tego zwiększenia nie wykazały. Na podstawie przeto naszych doświadczeń nie możemy twierdzić, że pod wpływem odmy u psa dochodzi do wybitnego przerostu serca prawego. Doświadczenia Brunsa na zwierzętach, chociaż autor sam o nich z zastrzeżeniami się wyraża, nie są bez zarzutu. Ważenie bowiem serca, i to każdej części z osobna, może być źródłem wielu pomyłek, jak niedostateczne odpreparowanie tłuszczu, niedokładne oddzielenie obu komór, nierówne ucięcie naczyń i t. d. Po przeczytaniu kilkunastu sekcyi zmarłych wśród leczenia odmą, stwierdziliśmy, że żaden anatomo-patolog nie mógł stanowczo twierdzić, iż znalazł znaczniejszy przerost prawej komory.

W przypadku, opisanym przez Carlströma, gdzie był bardzo znaczny przerost prawej komory, należy sobie ten przerost tak tłomaczyć, jak Carlström, a mianowicie, że doszło do zagięcia tętnicy płucnej i to zwężenie wywołało znacznego stopnia przerost komory prawej, tem bardziej, że autor stwierdzał szmer skurczowy, czego przedtem nie było.

Brauer, bardzo dobry znawca odmy sztucznej, tłomaczy brak zmian w sercu następująco: Pod wpływem odmy zostają uciśnięte naczynia włosowate płuca, tak, że mniej krwi przez to płuco przepływa. Drugie jednak płuco wynagradza ten ubytek w ten sposób, że wykonywa większe ruchy oddechowe, niż w warunkach zwyczajnych, i w ten sposób ułatwia pracę serca. Brauer kończy twierdzeniem, że przy zachowaniu spokoju fizycznego nie dochodzi skutkiem uciśnięcia jednego płuca do przepracowania serca.

Z drugiej strony każdy z nas, który badał zachowanie się serca toksycznego przy gruźlicy, mógł stwierdzić, że na serce odma działa tu równie korzystnie, jak na płuca. Tachykardya znacznego stopnia po kilku tygodniach leczenia odmą znacznie się poprawia. Serce toksyczne stanowi raczej wskazanie, niż przeciwwskazanie do zabiegu. Odmę sztuczną można zatem stosować bez obawy, by uszkodzić serce, z wykluczeniem naturalnie przypadków, gdzie już istniała niedomoga mięśnia sercowego, lub znaczne zrosty osierdzia. Sama zaś tachykardya nie stanowi przeciwwskazania dla zabiegu.

Oceny i sprawozdania.

A. Bochenek: **Anatomia człowieka.** Tom I, Wydanie II, przejrzał prof. Dr St. Ciechanowski. Kraków 1917.

W Warszawie ukazało się w roku 1917 nowe dzieło anatomiczne, mianowicie tłómaczenie »Anatomii człowieka« Merkla. Zdawałoby się zatem, że podręcznik, napisany przez ś. p. Bochenka, będzie musiał ustąpić na drugi plan, zwłaszcza, że nie jest zupełnym. Tymczasem dzieje się inaczej. Tom pierwszy tego dzieła wyczerpał się i zaszła potrzeba nowego wydania. Jest to dla niego najlepszem poleceniem; 8 lat wystarczyło, w tem 3 lata wojenne, aby zniknął z półek księgarskich. Jakież zadowolenie spotkałoby autora, gdyby był dożył tej chwili! Z całym zapałem byłby niewątpliwie podjął się nowego wydania, zużytkowując doświadczenie praktyczne, nabrane w prosektoryum w latach minionych. Mielibyśmy podręcznik oryginalny, coraz więcej się udoskonalający.

Wydanie powtórne tomu pierwszego wziął na siebie kolega Ciechanowski, zaznaczając w tytule skromnie, że je »przejrzał«. Kto miał do czynienia kiedyś z tego rodzaju wydawnictwem, wie dobrze, wiele w niem tkwi pracy. To też na każdej stronicy spotyka się ślady pióra wydawcy, starającego się to wygładzić pewne nierówności stylu, to wprowadzić mianownictwo polskie zamiast nazw obcych, używanych przez Bochenka.

Jak na czasy wojenne drugie wydanie wypadło wprost wspaniale i nie różni się od pierwszego pod względem papieru, druku i rycin.

W rozdziałach embryologicznych zwróciłbym uwagę tylko na dwie rzeczy. Nazwę »prążka pierwotnego« zastąpiłbym więcej odpowiadającym i używanym wyrazem »smuga pierwotna«, a powtóre w rycinie 44 i 243 należałoby komórki mezenchymy nazwać komórkami sklerotomu, ponieważ służą w pierwszym rzędzie do budowy szkieletu osiowego, a następnie dopiero wytwarzają mezenchymę, jak to wyjaśniono na str. 58 i 59. W objaśnieniu ryc. 243 wkradł się nadto w zdaniu drugiem tekstu błąd drukarski (zwan*e* zamiast zwan*a*), wskutek którego całe zdanie, i w pierwszem wydaniu niezbyt udane, staje się niezrozumiałem. Jak w tomie II i III »Anatomii«, mianownictwo jest tu wzorowane na Słowniku lekarskim z r. 1905. Ponieważ i podręcznik Merkla w Warszawie trzyma się tego Słownika lekarskiego, mielibyśmy próbę praktyczną ujednostajnienia mianownictwa anatomicznego w Królestwie i Galicyi. Byłby to wynik niewątpliwie dodatni. Utrwaliłoby się bardzo wiele nazw, ale nie wszystkie, albowiem kilka z nich nie dadzą się utrzymać: »phylogenesis« oznacza rozwój »rodowy« lub »szczepowy«, nigdy

zaś »rozwój rodzajowy«; »tkanka gruczołowata« daje błędne pojęcie, chociaż jest dosłownem tłómaczeniem tkanki adenoidalnej, dla której sam używam nazwy tkanki »siateczkowatej«. Również błędne pojęcie wytwarzają »kaletki śluzowe« (bursae mucosae), dla których »torebki maziowe«, jak w wydaniu pierwszem, wydawałyby mi się odpowiedniejsze. Trudno będzie także, sądzę, przyzwyczaić się do »łęków mózgowych« (juga cerebralia), do »obręczy« barkowej i biodrowej (Schulter-Beckengürtel), do »chrząstkozrostu« skalistopodstawnego (synchondrosis petrobasilaris), do mięśnia stożkowatego (m. pyramidalis), do mięśnia nawrotnego obłego (pronator teres), do prostownika (extensor), do odwracacza (supinator), do odwodziciela (abductor), do przeciwstawiacza (opponens). Co do mięśni wydaje mi się stosowniejsze używanie przymiotników zamiast rzeczowników.

Na podstawie podręczników ustali się z biegiem czasu mianownictwo anatomiczne zupełnie, do czego dotychczas nie było sposobności, a będzie to zasługą tych, którzy te podręczniki wydali. Każdy z wydawców dołożył wszelkich starań, aby dać to, co uważał za najlepsze.

Kolega Ciechanowski »przejrzał« wydanie drugie w każdym razie bardzo sumiennie. Szczera wdzięczność należy mu się za czas i trud, temu wydawnictwu poświęcony. Odczuł on także, jak wielce zasłużył się ś. p. Bochenek około podręcznika, skoro podjął się trudu wydania jego i na końcu części historycznej tomu pierwszego wprowadził krótki rys działalności ś. p. Bochenka. H. Hoyer.

Dr Józef Celarek: **Tyfus plamisty w Lublinie w latach 1915—1916 i metody zwalczania.** Lublin 1917. (Wydawnictwo Muzeum lubelskiego Nr 1). Z przedmową Dr K. Jaczewskiego, członka Zarządu Muzeum lubelskiego.

Autor daje we wstępie krótki pogląd na obecny stan naszych wiadomości o zarazku tyfusu plamistego i o biologii wszy. Potem opisuje w rozdziale I »podłoże epidemii«, t. j. daje w zajmującym opisie obraz tła, na którym się rozwijał w Lublinie tyfus plamisty. W rozdziale II opisuje »naturalny rozwój epidemii« w Lublinie. Twierdzi bowiem autor i przytacza na to szereg dowodów, że naturalnego rozwoju epidemii w Lublinie nic nie tamowało aż do chwili objęcia przez autora jej zwalczania. Ciekawe jest zestawienie przypadków choroby i śmierci na tyfus plamisty w Lublinie przez 17 miesięcy (do 1 stycznia 1917). Wynikają z niego 2 fakty, a mianowicie jeden, znany już dostatecznie, że w im młodszym wieku przebywa się tyfus plamisty, tem rokowanie jest lepsze. W zestawieniu Celarka widać to bardzo wyraźnie: z 336 dzieci niżej lat 10, które chorowały na tyfus, nie umarło ani jedno! Z 1168 osób w wieku od lat 11—30, które chorowały na tyfus, zmarło 36, t. j. 3·1%; wreszcie z 445 osób powyżej lat 30, zmarło na tyfus 95 osób, t. j. 20·4%: śmiertelność mężczyzn była przytem blizko dwa razy większa, niż śmiertelność kobiet. Fakt drugi, mało znany, to jest znacznie mniejsza śmiertelność wśród żydów, niż wśród katolików. Żydów zachorowało 1535, a zmarło tylko 4·82%, katolików zaś zachorowało tylko 445, ale zmarło 13·14%. Liczniejsze przypadki zachorowania wśród żydów tłómaczy autor większem wśród nich niechlujstwem, a mniejszą śmiertelność »odpornością dziedziczną«.

W rozdziale III opisuje autor »zwalczanie tyfusu plamistego« od dnia 1. czerwca 1916 r., kiedy mu »przydzielono... rozkazem władz okupacyjnych tępienie tyfusu plamistego w Lublinie«. Wynik zwalczania był taki, że »z końcem grudnia 1916 r. znajdowało się w szpitalu 3 chorych, mianowicie rekonwalescentów, gdy w 1915 r. było ich w tym samym czasie 106«. Wynik ten zawdzięcza autor własnej energii i sumienności w połączeniu z władzą, jaką mu oddano.

Do pracy dołączył autor 4 tablice i plan miasta Lublina z rozmieszczeniem chorych na tyfus; zasługuje ona na to, by się z nią zapoznał każdy lekarz, zajmujący się zwalczaniem chorób zakaźnych. R. Nitsch.

Zapiski lecznicze.

Parakodynę uważa Leschke na zasadzie licznych swych spostrzeżeń za lek, działający silniej od kodeiny. Oprócz dawniej już wypróbowanego wewnętrznego podawania winianu parakodyny, stosował Leschke wstrzykiwania podskórne chlorku parakodyny, łatwo rozpuszczalnego w wodzie (Münchener med. Woch. 1917 Nr 40). Podobnie korzystnie wyraża się o parakodynie Pick (Klinisch-therapeut. Wochenschr. 1917 Nr 43—44). Kn.

Ovaradentriferrin stosowała Franciszka Cordes w 133 przypadkach przerwy w miesiączkowaniu; wynik był pomyślny w 60 z tych przypadków (Frauenarzt 1917. Z. 9). Kn.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie dnia 14 listopada 1917.

Przewodniczy: kol. Ciechanowski. Obecnych członków 26.

1) Po odczytaniu i przyjęciu protokółu z ostatniego posiedzenia wybrano członkiem kol. Dr Zygmunta Żołędziowskiego w tajnem głosowaniu głosami wszystkich obecnych. Następnie

2) kol. Gieszczykiewicz wygłosił wykład p. t.: **O epidemiologii i przebiegu klinicznym paratyfusu A.** Paratyfus A w czasach przedwojennych występował głównie w Azyi, Afryce, Ameryce; w Europie tylko niezmiernie rzadko. Dopiero w czasie wojny rozszerzył się znacznie także w Europie środkowej, zwłaszcza w obrębie armii i gdzieniegdzie liczebnie przewyższył zarówno tyfus, jak paratyfus B. To jego rozprzestrzenienie w Europie można tłómaczyć bądź zawleczeniem z Indyi względnie Afryki północnej przez wojska kolorowe (Lehmann), bądź też nagłym rozwojem z nielicznych przypadków, jakie w Europie już przed wojną istniały, lecz przeważnie były przeoczane. Ten szybki rozwój w obrębie armii może tłómaczyć również do pewnego stopnia szczepienie armii przeciw tyfusowi, które sprawiło, że większość żołnierzy była odporna przeciw durowi brzusznemu, a zupełnie nie, lub w małym tylko stopniu przeciw paratyfusowi. Prątek paratyfusu A nie da się morfologicznie odróżnić od prątka tyfusu, lecz zapomocą odczynów serologicznych lub hodowli na niektórych pożywkach. Najprostszą pożywką, zapomocą której można odróżnić paratyfus A od B, jest serwatka lakmusowa, którą paratyfus A (podobnie jak tyfus) lekko czerwieni, natomiast paratyfus B ją alkalizuje. Od tyfusu można paratyfus A odróżnić zapomocą agaru z cukrem gronowym, który paratyfus A fermentuje z wytwarzaniem gazów, gdy tyfus gazów nie wytwarza. Osobliwością szczepów, przez prelegenta na froncie rumuńskim wyosobnionych, był duży procent surowico-odpornych w pierwszej generacyi.

Przebiegiem klinicznym odpowiada paratyfus A średnio ciężkiemu durowi brzusznemu. Ma skłonność do przewlekłego przebiegu i nawrotów. Schorzenia miejscowe, jak zapalenie jelit, zapalenie pęcherza, zapalenie pęcherza i miedniczek nerkowych, nigdy nie dominują w obrazie chorobowym, tak jak się to dzieje przy paratyfusie B. Śmiertelność jest niższa, niż przy durze brzusznym, lecz wyższa, niż przy paratyfusie B. Paratyfus A szerzy się głównie przez bezpośrednie zetknięcie lub za pośrednictwem przenosicieli zarazków, a nie zapomocą środków spożywczych, jak paratyfus B. Mimo że wielu autorów wysila się na podanie klinicznych cech różniczkowych, odróżnienie paratyfusu A od tyfusu wyłącznie na zasadzie obserwacyi klinicznej jest niemożliwe, lecz musi oprzeć się na badaniu bakteryologicznem. Łatwiej już jest odróżnić klinicznie paratyfus A od paratyfusu B. (Streszczenie własne).

Dyskusya: Kol. prof. Nitsch sądzi, że częste występowanie paratyfusu A wśród wojska było następstwem złych warunków higienicznych w wojsku, a nie stało w żadnym związku przyczynowym ze szczepieniem przeciwtyfusowem. Zwraca uwagę na szybsze ruchy prątków paratyfusu A i B od prątków tyfusu w kropli wiszącej przy jednym wieku hodowli. To zachowanie się ruchów ma poniekąd rozpoznawcze znaczenie. Prątki paratyfusu A i B mają znacznie większą ilość rzęsek od prątka tyfusu, co dostatecznie tłómaczy powyższą różnicę. Aglutynacya nie występuje u prątków paratyfusu, wyhodowanych z krwi, występuje natomiast po przeszczepieniu, u prątków zaś, wyhodowanych z kału, występuje natychmiast. Między zatruciem kiełbasianem (botulismus) a paratyfusem A niema prawie żadnych cech wspólnych; są natomiast przy paratyfusie B, który jest również zatruciem pokarmowem. Nie spostrzegano jednak przy

paratyfusie B, porażeń, częstych w przebiegu zatrucia kiełbasianego.

3) Kol. Laskiewicz przedstawia: 1) przypadek t. zw. **obrzęku wojennego**, z tego względu ciekawy, iż spostrzegano u chorego znaczne zwolnienie tętna, wynoszące nawet 38 na minutę; prócz tego chory cierpi na amblyopię oka prawego ze znacznem zwężeniem pola widzenia z powodu krwotoków w obrębie plamki żółtej, jak to bywa przy niedokrwistości złośliwej;

2) chorego z **tachykardyą**, 120—130 na minutę, z miernym przerostem serca w kierunku poprzecznym, z nieczystym I. tonem. Etyologicznie odgrywa tu może pewną rolę zanik prawego nerwu błędnego w następstwie rany postrzałowej przed $1^1/_2$ r. Kula weszła za prawem uchem, a wyszła raniąc prawe skrzydło nosowe.

Dr Michejda, zast. sekr. dorocznego.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Krajowy Zakład dla umysłowo chorych w Kobierzynie ma przyjmować chorych od 1. stycznia 1918 r. Oficyalne otwarcie ma się odbyć d. 5. stycznia 1918.

— Wydawnictwo »Przeglądu« w dalszym ciągu poparli dobrowolnemi ofiarami: prof. Dr K. W. Majewski z Krakowa, r. dw. prof. Dr L. Rydygier ze Lwowa.

Lwów. Doc. Dr Józef Hornowski został mianowany bezpłatnym nadzwyczajnym profesorem anatomii patologicznej.

Warszawa. Pogrzeb ś. p. rektora Brudzińskiego zgromadził tłumy uczestników, a odbył się nadzwyczaj uroczyście. Obecni byli ministrowie polscy, przedstawiciele rządów okupacyjnych, delegacye towarzystw naukowych i oświatowych. Mowy żałobne wygłosili: X. Szlagowski, minister Mikułowski-Pomorski, rektor A. Kostanecki, dziekan Wydziału lekarskiego prof. Mazurkiewicz, wiceprezes Towarzystwa naukowego prof. Kryński, prorektor politechniki Straszewicz, dalej imieniem Towarzystwa lekarskiego Dr Orłowski, imieniem młodzieży p. Katelbach, imieniem Rady miejskiej Dr J. Zawadzki, imieniem szpitala Dr Szenajch. Trumnę nieśli profesorowie i słuchacze Uniwersytetu. — Senat Uniwersytetu uchwalił wmurować w przedsionku Uniwersytetu tablicę pamiątkową, a salę, w której Brudziński wykładał, nazwać jego imieniem. Tworzy się również fundacya im. Brudzińskiego.

— Polskie Towarzystwo walki z chorobami wenerycznemi urządza z początkiem r. 1918 swój I Zjazd, poświęcony sprawie wyludnienia kraju.

— Nagrodę im. Knolla przyznało Towarzystwo warszawskie prof. Dr Serkowskiemu za dzieło: »Epidemiologia i profilaktyka cholery«.

— Do objęcia jest posada lekarza miejskiego w Tykocinie (pow. mazowiecki) z płacą roczną 500 marek i mieszkaniem umeblowanem, a dochodem z praktyki około 1000 mk. miesięcznie. Wiadomości udziela Magistrat w Tykocinie.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich im. Edw. Korczyńskiego w Krakowie.

Zgłaszający się **wprost do Administracyi Wydawnictwa** nabywać mogą za gotówkę i za nadesłaniem 30 hal. na przesyłkę pocztową następujące dzieła po cenach:

Jurasz: Laryngoskopia i choroby krtani (cena księgar. 4 kor. 50 hal.) za 1 kor.

Widmann: Choroby serca i tętnic (3 kor. 70 h.) 1 kor.

Obaliński: Wykłady z zakresu chorób dróg moczowych męskich (3 kor. 60 h.) 1 kor.

Zuliński: Higiena szkolna (2 kor.) 1 kor.

Pieniążek: Laryngoskopia, oraz choroby krtani i tchawicy wraz z uzupełnieniem (9 kor.) 2 kor.

Smoleński: Hydroterapia (5 kor.) 2 kor.

Harajewicz: Gimnastyczne leczenie chorób niewieścich (80 hal.) 50 hal.

Rozprawy z zakresu medycyny praktycznej (Serya I. i II.) (12 kor.) 2 kor.

Gluziński: Zarys ogólnej patologii i terapii gorączki (3 kor.) 1 kor.

Pisek: Terapia chorób serca i naczyń krwionośnych Część I. (7 kor.) 4 kor.

Jaworski: Podręcznik chorób żołądka i dyetetyki szczegółowej, cena 11 kor.

Wachholz: Podręcznik medycyny sądowej 15 kor.

L. Korczyński: Zarys balneoterapii i balneografii krajowej (12 kor.) 9 kor.

Spira: Krótki zarys nauki o chorobach usznych (10 kor.) 7 kor.

Jordan i Dobrowolski: Nauka o położnictwie 18 kor.

Biuro Redakcyi i Administracyi: Kraków, Kopernika 15 Klinika lekarska.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.